ITEM 070 : TROUBLES PSYCHIQUES DU SUJET ÂGÉ

TROUBLE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ

= Maladie psychiatrique la plus fréquente chez le sujet âgé (préférentiellement les femmes) : **4 % des > 65 ans.**
→ *L'âge n'est pas en soi un facteur de risque*, mais plusieurs **facteurs de risque** se retrouvent préférentiellement chez le sujet âgé : sociaux (passage à la retraite, isolement), affectifs (veuvage, deuils, conflits), mauvaise santé (pathologies non psychiatriques, perte d'autonomie).
- **Non-diagnostiqué dans 50 % des cas** : critères diagnostiques non adaptés, douleur morale non exprimée, symptômes dépressifs mis sur le compte d'une maladie ou du vieillissement, femmes le plus souvent. L'état dépressif majeur (ou caractérisé) tel que défini dans le DSM-5 représente **environ 12 % des dépressions du sujet âgé, car il n'y a pas de critères diagnostiques spécifiques**.
- Pronostic : **30 % de chronicisation et 30 % de rechute**. **Surmortalité** = **+30 %** dans les 3 ans : ↘ observance et suivi, facteurs psychologiques, réactionnels et environnementaux.

Épisode dépressif caractérisé	= Critères identiques à l'adulte non âgé, avec certaines spécificités : - La **plainte de tristesse** ou **d'humeur dépressive** est rarement présente. - Irritabilité, agressivité, agitation colère, opposition ou comportement de refus. - Risque élevé de **déclin fonctionnel.** - Risque augmenté de **passage à l'acte suicidaire**, avec **probabilité plus élevée de décès (1/4)** et **idées suicidaires moins verbalisées** : IMV (femmes ++), pendaison (hommes ++), armes à feu…
Critères diagnostiques de l'état dépressif caractérisé selon de DSM-5	Présence d'au moins cinq des symptômes suivants pendant au moins 2 semaines : • Au moins l'un des symptômes clefs : – soit une humeur dépressive. – soit une perte d'intérêt ou de plaisir. • Et autres symptômes suivants : – fatigue ou perte d'énergie. – sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive. – pensées de mort, idées suicidaires. – difficultés de l'aptitude à penser, de concentration ou d'indécision. – agitation ou ralentissement psychomoteur. – insomnie ou hypersomnie. – diminution ou augmentation de l'appétit ou du poids.
Épisode dépressif masqué	= **Symptômes somatiques**, en rapport ou non avec une pathologie médicale non psychiatrique : - Plaintes spécifiques : **désordres gastro-intestinaux, mauvais état général, dyspnée, douleurs, manifestations ostéo-articulaires**… - Plaintes générales : **troubles du sommeil, altération de l'appétit, mauvais état général, plaintes mnésiques, difficultés de concentration.** → Tableau parfois dominé par les symptômes cognitifs, évocateur de **maladie neurodégénérative.**
Dépression hostile	- Anxiété, récriminations, agitation hostile. - **Refus de soins, agressivité.**
Dépression avec plainte mnésique	- Diagnostic différentiel avec un **trouble neurocognitif.** - Souvent difficile à diagnostiquer.
Épisode dépressif à caractéristique psychotique	= Plus fréquent dans l'épisode dépressif caractérisé du sujet âgé. - **Idées délirantes** : le plus souvent de préjudice, de persécution, de jalousie, de culpabilité ou de registre hypocondriaque, voire **syndrome de Cotard** (négation d'organe ou de sa propre personne). - **Phénomène hallucinatoire** associée relativement rare.
Dépression mélancolique	- **Perte de contact avec la réalité**, **prostration majeure**, **mutisme**, parfois **agitation/anxiété.** - **Perte de poids importante**, **insomnie** prédominante en fin de nuit. → Urgence thérapeutique ++ : risque de perte d'autonomie sévère et/ou décompensation.
Comorbidité psychiatrique	- **Troubles anxieux** : anxiété généralisée et troubles phobiques surtout, trouble panique plus rare. - **Trouble bipolaire** : 15 à 20 % diagnostiqués > 55 ans, symptômes maniaques souvent atténués. - **Trouble dépressif caractérisé recurrent.**

Diagnostic		
	SF	Symptômes spécifiques à la personne âgée : irritabilité, agressivité, agitation, colère. Opposition et comportement de refus, démotivation, sentiment d'inutilité, d'être une charge. Sentiment d'impuissance, repli sur soi, prostration, isolement, sensation douloureuse de vide intérieur, angoisse matinale, trouble de la concentration, plaintes mnésiques, dépendance fonctionnelle, somatisations et hypocondrie. Insomnie, perte d'appétit, amaigrissement, asthénie. Changement de comportement.
	C	- **Tristesse ressentie, idées de découragement, de mort, idées suicidaires, pertes récentes d'intérêt et de plaisir.** - Recherche de **symptômes délirants, retentissement fonctionnel et médical, comorbidité psychiatrique.** - **Évaluer le risque suicidaire = RUD : R**isque (rapports fdR/Fdprotection) – **U**rgence (scénario) – **D**anger (accessibilité à des moyens locaux).

<table>
<tr><td rowspan="8"></td><td rowspan="7"></td><td rowspan="2"></td><td>Échelle d'évaluation (dépistage)</td><td>- GDS (Geriatric Depression Scale) = mini-GDS (4 items), version courte (15 items, dépression probable si ≥ 5), version normale (30 items, dépression probable si ≥ 11) : en auto-évaluation, non utilisable en cas de démence /!\ (MMS < 15).
- Échelle Montgomery-Asberg (= MADRS) : en hétéro-évaluation.
- Échelle de Cornell : basée sur l'observation du comportement, aide au diagnostic en cas de démence.</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="3">- Deuil : phénomène normal → aucune indication de traitement antidépresseur.
- Pathologie non psychiatrique : trouble ionique, métabolique, neurologique, cardiovasculaire.
→ Selon points d'appel : NFS, iono, calcémie, albuminémie, TSH, vitamine B9, B12, ECG, imagerie cérébrale…
- Trouble psychiatrique : troubles délirants, trouble à symptomatologie somatique, trouble de l'adaptation…
- Apathie : Manque de motivation/niveau antérieur et atteinte quasi permanente d'au moins deux domaines sur 3 pendant > 1 mois (Diminution des comportements volontaires, diminution de l'intérêt pour de nouvelles activités ou de l'intérêt envers les autres, absence de ressenti émotionnel face aux évènements de vie agréable ou non)/ Retrouvé en cas de dépression mais aussi en cas de MA ou de Maladie de Parkinson.
- Démence : symptômes psycho-comportementaux (apathie…), dépression souvent associée (dans 45 % des MA)→ réévaluation sous antidépresseur.</td></tr>
<tr><td></td><td>Démence</td><td>Dépression</td></tr>
<tr><td>État affectif</td><td>Fluctuant, labile</td><td>Tristesse, permanent</td></tr>
<tr><td>Ralentissement</td><td>Activités intellectuelles, complexes</td><td>Globale sur toutes les activités</td></tr>
<tr><td>Anhédonie</td><td>Plaisir préservé aux activités simples</td><td>Globale, massive, constante</td></tr>
<tr><td>État émotionnel</td><td>Préservé, fluctuant</td><td>Émotions négatives amplifiées, permanentes</td></tr>
<tr><td>Perte de poids</td><td>Rare, progressive</td><td>Précoce, par anorexie</td></tr>
<tr><td>Trouble du sommeil</td><td>Inversion du cycle</td><td>Insomnie matinale (précoce)</td></tr>
<tr><td>Plainte somatique</td><td>Rares</td><td>Nombreuses</td></tr>
<tr><td colspan="2">Contexte associé</td><td colspan="3">- Maladie souvent associée : AVC, démence, maladie de Parkinson, HPN, IDM, insuffisance cardiaque, diabète, dysthyroïdie, hyperparathyroïdie, hypercorticisme, andropause, cancer, douleur chronique.
- Médicaments : corticoïdes, clonidine, β-bloquant, L-dopa, amantadine, neuroleptiques.</td></tr>
<tr><td>PEC</td><td colspan="4">- Critères d'hospitalisation (6) :
. Risque suicidaire élevé (cf RUD).
. Dépression délirante.
. Dépression mélancolique.
. Isolement familial ou situation de précarité.
. Agitation ou prostration sévère.
. Dépendance ou pathologie chronique à un stade évolué.
- Faire le diagnostic de dépression et faire l'annonce au patient. Informer que l'efficacité du traitement sera retardée de 10 jours à 6 semaines.
- Soutien psychologique et psychothérapie, TCC.
- Adaptation du traitement pour limiter le risque de syndrome dépressif iatrogène (psychotrope, cardiotrope, antalgique, anticancéreux, antihormonaux…)
- Introduction du traitement : pas en urgence, débuter par posologie plus faire et progressivement augmentée par paliers de 15 jours jusqu'à la dose efficace qui correspond à celle proposée chez l'adulte plus jeune.
- Traitement antidépresseur si symptômes modérés/sévères : ISRS en 1re intention, introduit à faible posologie, adapté à la fonction rénale et augmenté progressivement, durée 12 mois en cas de 1re épisode après rémission des symptômes, deux à trois ans en cas de récurrence.
- Electro-convulsivo-thérapie : si dépression sévère, mélancolique, avec anorexie majeure ou résistante.
- Stimulation magnétique transcrânienne (rTMS).</td></tr>
</table>

	Pronostic	→ **Pronostic** : 30 % de chronicisation et 30 % de rechute. **Éléments pronostiques liés à la maladie dépressive** : - *FdR de chronicité* : limitations fonctionnelles, troubles cognitifs, pauvreté des relations sociales, sévérité des symptômes dépressifs, ralentissement psychomoteur. - *FdR de rechute* : absence d'information sur la maladie, erreurs de perception de la maladie et de son traitement, stigmatisation de la dépression, absence de soutien familial, troubles cognitifs, coût et EI des médicaments, relation médecin-malade pauvre. **Éléments pronostiques liés aux conséquences médico-psycho-sociales** : - Dénutrition sur TAC et perte de poids secondaire (RR x 4.3). - Perte d'autonomie. - Isolement social et familial. - Hospitalisations plus fréquentes. - Surcoût de santé. - Moins bon pronostic vital dans plusieurs maladies. **Risque suicidaire élevé :** - **28 %** des suicides survenus en 2010 concernaient > 65 ans. - Suicide abouti. - **Prédominance masculine (54 %)**, moyens létaux souvent utilisés témoin de la détermination (la réussite des suicides chez le sujet âgé est 50 fois supérieure à celle d'un adulte plus jeune). - FdR : dépression ++, âge avancé, sexe masculin, isolement social, veuvage, personnalité psychorigide, difficulté d'adaptation au changement, maladies invalidantes ou douloureuses. - Facteur de protection : enfants, loisirs, pratique religieuse, vie sociale riche, se sentir utile. - Évaluation du risque suicidaire RUD : Risque-Urgence-Danger.
Troubles anxieux		= **10 %** des sujets âgés : **troubles anxieux généralisés** et **phobies** plus fréquemment**, trouble panique** plus rare. - Peu de spécificités liées au sujet âgé : critères identiques à l'adulte. - Traitement anxiolytique non systématique.
Troubles bipolaires		→ 1 % des > 60 ans. → 20 % des troubles bipolaires diagnostiqués > 55 ans. - Présentation clinique peu différente : symptômes maniaques souvent atténués, épisodes thymiques plus rarement mixtes, moins de symptômes psychotiques et meilleure réponse au lithium. - Thymorégulateur si trouble bipolaire : lithium, avec **cible de lithémie abaissée** à **0,4 à 0,7 mEq/L.**
TROUBLES PSYCHOTIQUES	**Schizophrénie vieillie**	- Atténuation des idées délirantes et accentuation des troubles cognitifs avec l'âge. - Symptômes dépressifs plus fréquents. → 50 % des patients schizophrènes ne sont plus assez autonome pour rester à domicile sans aide.
	Schizophrénie tardive	- Rare (0,6 % après 75 ans). - Critères identiques : **. Schizophrénie à début tardif > 40 ans** = **LOS** (*Late-Onset Schizophrenia*). **. Très tardif > 60 ans** = **VLOSLP** (*Very Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis*). - Prédominance féminine. - **Hallucinations** (visuelles, cénesthésiques, olfactives) et **délire de persécution** plus fréquents. - Moins de symptômes de désorganisation et de symptômes négatifs.
	Troubles délirants persistants	= Fréquent, critères diagnostiques identiques au sujet jeune : présence isolée d'idées délirantes isolées et persistantes, sans symptômes négatifs ou de désorganisation.
	DD	- **Trouble de l'humeur avec symptômes psychotiques** : symptômes généralement congruents à l'humeur (idée délirante de grandeur, érotomanie, culpabilité, ruine, hypocondriaque…), hallucinations auditives moins courantes, les symptômes affectifs précèdent généralement les symptômes psychotiques. - **Symptômes psycho-comportementaux de la démence** : idées délirantes, souvent de persécution, troubles de l'identification (en lien avec les troubles cognitifs), hallucinations visuelles. → **1re cause de symptômes psychotiques du sujet âgé**, parfois de façon précoce dans la maladie. - **Trouble psychotique 2ndr à une pathologie somatique** : **syndrome confusionnel** avec **symptômes psychotiques** (hallucinations visuelles d'apparition brutale), **pathologie neurologique, métabolique, endocrinienne.** - **Trouble psychotique iatrogène** : **morphinique**, **psychotrope**, sevrage de **benzodiazépine** ou **d'alcool.**

	PEC	- **Antipsychotique atypique (2e génération)** initié à dose faible, augmentation progressive, posologie minimale efficace. - Prise en charge psychothérapeutique, et du handicap si nécessaire.
SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX DES DEMENCES (SPCD)	= **SPCD** : présent chez **> 80 %** des patients avec **maladie d'Alzheimer** ou **maladie apparentée.**	
	Symptômes de retrait	- **Apathie** (50 %) : perte ou réduction de l'initiation et/ou des réponses du patient dans le domaine comportemental, cognitif et émotionnel → différent de l'anhédonie. - **Symptômes dépressifs** (50 %) : tristesse de l'humeur, culpabilité, pessimisme, idées de mort, généralement sans remplir les critères de trouble dépressif caractérisé.
	Symptômes psychotiques	- **Idées délirantes** (20 %) : principalement **idées de persécution** et **troubles de l'identification** (idées délirantes de vol d'objet, d'occuper un domicile qui n'est pas le sien, qu'une autre personne habite son domicile, voire **syndrome de Capgras** (délire des sosies). - **Hallucinations** (10 %) : le plus souvent **visuelles** (souvent complexes, mettant en scène des animaux, des personnages, avec une participation affective modérée), ou **auditives, cénesthésiques.**
	Autres	- **Agitation/agressivité/irriatabilité** (30 %) : accès de colère avec violence et opposition. - **Anxiété** (40 %) : trouble anxieux, symptômes d'attaque de panique, ruminations, cris ou questionnements répétitifs. - **Euphorie** (5 %) : joie excessive, tendance à la régression puérile et à l'humour excessif. - **Désinhibition** (10 %) : tendance à l'impulsivité, hyper-familiarité, perte des convenances (dans le cadre d'un syndrome frontal). - **Irritabilité** (30 %). - **Comportements moteurs aberrants** (30 %) : **déambulation**… - **Troubles du sommeil** (15 %). - **Altération de l'appétit** (20 %).
	Dg	- Identification des SPCD par **échelles psychométriques** : **NPI** = **inventaire neuropsychiatrique** sur 13 items. - Écarter une cause médicale non psychiatrique : iatrogénie, syndrome confusionnel… - Apprécier le degré d'urgence, de dangerosité ou de risque fonctionnel. - Rechercher un trouble psychiatrique favorisant : épisode dépressif caractérisé, trouble anxieux, trouble délirant, trouble psychiatrique vieilli décompensé… - Apprécier le retentissement sur les proches. - Identifier les changements environnementaux et/ou les évènements de vie stressants.
	PEC	→ **Hospitalisation** en cas de risque vital, mise en danger du patient ou des proches, risque de maltraitance ou nécessité de surveillance médicale rapprochée. - **Inhibiteur de l'acétylcholinestérase** et **antiglutamate** : efficacité modeste sur les SPCD. - **Psychotropes** réservés aux SPCD avec retentissement sévère et uniquement après échec des mesures non médicamenteuses : **antidépresseur sérotoninergique, antipsychotique** sur une courte durée (**rispéridone**…) → Les **antidépresseurs** ne sont pas indiqués dans **l'apathie** (majoration de l'apathie). → Les **antipsychotiques** ne sont pas indiqués dans les **troubles de l'identification.**
TROUBLES LIES A L'USAGE D'ALCOOL ET DE	Sémio	- **Trouble lié à l'usage d'alcool :** usage d'alcool nocif pour la santé, dépendance à l'alcool. → 3e trouble psychiatrique le plus fréquent chez les personnes âgées. - **Trouble lié à l'usage de médicaments :** usage de médicament nocif pour la santé, dépendance aux médicaments. → Psychotropes, antalgiques, benzodiazépines et apparentés.
	Dg	- **Trouble lié à l'usage d'alcool** : retentissement fonctionnel, négligence corporelle, perturbations du sommeil, symptômes anxieux, symptômes dépressifs, déficit cognitif, syndrome confusionnel, signes physiques de sevrage (anxiété, sueurs, tremblements des extrémités) au décours d'une hospitalisation. - **Trouble lié à l'usage de médicaments** : pas de spécificité, risque de iatrogénie est plus important.

	DD	- Les pathologies psychiatriques : troubles de l'humeur, trouble anxieux, autres troubles addictifs. - Les pathologies non psychiatriques : autres substances psychoactives (cannabis, amphétamines et cocaïne, hallucinogènes, etc.), neurologiques (tumeur cérébrale, accident vasculaire cérébral, un début de démence, épilepsie focale, syndrome confusionnel), métaboliques (hypoglycémie, troubles ioniques, maladie de Wilson, etc.), iatrogènes (médicamenteuses sans critères de troubles liés à l'usage de substances).
	PEC	- Identique à l'adulte plus jeune.
PSYCHOTROPE	= Prescription très fréquente : 1/3 des > 65 ans ont ≥ 1 benzodiazépine, avec risque augmenté d'effets indésirables, consommation plus importante chez les femmes. - **Modifications pharmacocinétiques** liées au vieillissement : . Hypersensibilité cérébrale aux psychotropes. . Élimination et métabolisation ralentie. - **Comorbidité médicale** : risque de décompensation. - **Polymédication** : . **Inhibiteur enzymatique** : **fluoxétine, paroxétine, fluvoxamine, venlafaxine.** . **Inducteur enzymatique** : **carbamazepine.**	
	Règles de prescription	- Début à une posologie plus faible que chez l'adulte jeune (demi-dose). - Augmentation posologique lente (*start low, go slow*). - 1 seul psychotrope par classe, en évitant les associations. - BZD en 1r^{e} intention, AD en 2^{e} intention. - Évaluation régulière de l'efficacité et de la tolérance.
	Anxiolytique et hypnotique	**Benzodiazépine** : efficacité rapide, bonne tolérance chez le sujet âgé. - Actions multiples : sédative, hypnotique, anxiolytique, anticonvulsive, myorelaxante, et amnésiante. - Prescription : à faible posologie, sur quelques jours uniquement, maximum de **12 semaines** pour les anxiolytiques et **4 semaines** pour les hypnotiques, privilégier les demi-vies courtes, arrêt sur 4 à 10 S chez les personnes de > 65 ans (sevrage progressif si prescription au long cours). - Trouble anxieux : **antidépresseur ISRS** ou **IRSNA** en 1re intention, **anxiolytique** en 2de intention. - EI au long cours : somnolence diurne, troubles cognitifs, confusion, risque de chute et de fracture, réaction paradoxale, syndrome amnésique, insuffisance respiratoire aiguë, dépendance. - En situation aiguë : **benzodiazépines** de demi-vie courte (**oxazépam, lorazépam**). - Éviter l'hydroxyzine à cause des effets anticholinergiques.
	Anti-dépresseur	**ISRS** = traitement de 1re intention : bonne efficacité, bonne tolérance. - EI : . **Nausées, céphalées, agitation, insomnie, troubles sexuels, prise de poids.** . **SIADH** avec **hyponatrémie** : potentiellement mortelle, réversible à l'arrêt. . Risque dose-dépendant de **chute** et de **fracture.** . Temps de saignement augmenté **: augmente le risque hémorragique.** . **Symptômes extrapyramidaux** (rares), **allongement du QT**, nombreuses interactions médicamenteuses (CYP P450). . Syndrome sérotoninergique en cas de surdosage. - Avantages : non pourvoyeur d'hypotension orthostatique, et moins de troubles cognitifs, d'effets anticholinergiques et cardiovasculaires indésirables que les tricycliques. - Prescription : posologie basse (citalopram 10 mg/j, sertraline 25 mg/j) puis augmentation progressive. - Réponse thérapeutique plus longue à obtenir que chez l'adulte jeune. - Durée : ≥ 1 an si 1er épisode dépressif, ≥ 2 ans si récidive d'épisode dépressif. - Arrêt progressif sur 3 mois (si prescrit < 1 an) ou 6 mois (si prescrit > 1 an). Autres antidépresseurs utilisables : **IRSNA en 2de intention ++, mirtazapine, miansérine.** → **Resistance au traitement définie : 2** AD biens conduits avec des molécules différentes. → **Les tricyclique** sont déconseillés : cardiotoxique (allongement du QT), anticholinergique.
	Thymo-régulateur	**Lithium** = traitement de référence : utilisation prudente. - **Dose à réduire de moitié à 2/3.** - Zone thérapeutique plasmatique optimale : **0,4-0,7 mEq/l.** - Contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale, même modérée (< 85 mL/min). - Interactions nombreuses (diurétique, IEC, AINS…) **Anticonvulsivant** : alternative mieux tolérée en cas de trouble bipolaire, risque d'encéphalopathie.

	Anti-psychotique	- Indications : troubles psychotiques, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). - En cas de SCPD : PO à privilégier, courte durée, **interrompre le traitement à 30J,** un traitement discontinu est recommandé, à éviter en cas de Maladie de Parkinson ou M. à corps de Lewy. - Risque plus élevé de **syndrome extrapyramidal.** - Sensibilité supérieure à **l'effet anticholinergique** : **sécheresse buccale** (aggravation de problèmes dentaires), **constipation** (risque d'occlusion), **rétention urinaire** (risque majoré par l'HBP), risque de **glaucome aigu à angle fermé.** - **Surmortalité par AVC en cas de prescription> 3 mois d'antipsychotiques de 2e génération chez le sujet avec maladie d'Alzheimer.** → **Rispéridone** recommandé en 1re intention : demi-vie courte (6 h), moins d'effets anticholinergiques. →Tiparide également très utilisé en France.